



AVISO DE SINISTRO – SEGURADORA CHUBB

Dados do Segurado

Nome:			
Nº CPF:		Data de Nascimento:	
Endereço:			CEP:
Cidade UF:			
Telefone: ()	Celular: ()	E-mail:	
Possui seguro em outra companhia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se sim, qual?	

Dados do Sinistro

Tipo de Ocorrência (assinale a cobertura acionada):	Data da ocorrência: _____/_____/_____
<input type="checkbox"/> Cancelamento ou interrupção de viagem	
<input type="checkbox"/> Atraso de voo	
<input type="checkbox"/> Extravio, dano ou demora na localização de bagagem	
<input type="checkbox"/> Prorrogação de estadia	
<input type="checkbox"/> Retorno antecipado	
<input type="checkbox"/> Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas	
<input type="checkbox"/> Despesas farmacêuticas	
<input type="checkbox"/> Despesas com acompanhante em caso de hospitalização prolongada	
<input type="checkbox"/> Morte acidental	
<input type="checkbox"/> Invalidez permanente total ou parcial por acidente	
<input type="checkbox"/> Perda, roubo e danos a documentos de viagem	
Descrição:	



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO PESSOA FÍSICA

Dados do Segurado

Nome do beneficiário/segurado:			
CPF:	<input type="checkbox"/> Conta corrente		<input type="checkbox"/> Conta poupança
Nome Banco:	Nº Banco:	Nº agência com dígito:	Nº conta com dígito:

****Enviar comprovante de conta bancária, contendo dados do titular, agência e conta.**

Importante:

- ✓ O CPF informado deverá ser o mesmo cadastrado na conta a ser creditada.
- ✓ O pagamento da indenização não será realizado em contas de terceiros, ainda que representante legal ou tutor.
- ✓ O pagamento da indenização a beneficiários menores de idade será feito somente na conta de sua titularidade.
- ✓ Dados bancários incorretos ou incompletos impedem o pagamento da indenização, sendo a exatidão dessa informação de inteira responsabilidade do declarante;
- ✓ Não será feito pagamento por crédito em conta salário, conta benefício, conta de Pessoa Jurídica, conta de Cooperativas ou Financeiras.

SITUAÇÃO PATRIMONIAL E FINANCEIRA DO BENEFICIÁRIO

Profissão/Cargo	País de Nascimento
Patrimônio Estimado R\$ _____ ou faixa de renda mensal individual:	
[] até R\$3.000,00 [] de R\$3.000,01 a R\$ 5.000,00 [] de R\$5.000,01 a R\$ 10.000,00	
[] de R\$10.000,01 a R\$ 20.000,00 [] acima de R\$20.000,01	

Observação:

O e-mail do segurado com retorno deste formulário preenchido valerá como assinatura do mesmo.

Data: ____/____/____